

国民健康保険 証再交付申請書

限度額適用認定証 用
特定疾病療養受療証

申請日 年 月 日

岸和田市長 様

以下のとおり証の再交付を申請します。

| | |
|------|----|
| 記号番号 | 岸国 |
|------|----|

| | | | | |
|-------------------|-------|--|------|---|
| 申請者 (世帯主) | 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 岸和田市 | | |
| | 電話番号 | () — | | |
| 対象者 (再交付が必要な方) | 1 氏名 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難 | 証の種類 | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |
| | 2 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難 | 証の種類 | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |
| | 3 氏名 | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 再交付理由 | 紛失 ・ 破損 ・ 盗難 | 証の種類 | <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |
| 届出人 | 氏名 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者 () と同じ | | 世帯主からみた 続柄 |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | () — | | |

※破損で証が現存する場合はご返還ください。

| | | | |
|-----|----|-----|------------------|
| 送付先 | 宛名 | 区分 | 病院・施設 その他 () |
| | 住所 | 〒 — | 電話番号 () — |

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

***** これより下は記入しないでください *****

| | | | | | |
|-----|------|--------|------|----|--|
| 処理欄 | 本庁受付 | センター受付 | 受 付 | 交付 | 処理区分 |
| | | | 本庁処理 | | 郵送 (発送日: 年 月 日) |
| | | | | | 窓口 確認書類: [] の免許証 [] の保険証 【その他】 [] |